|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору МБОУ «Вырицкая СОШ №» Е.И. Головкиной от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя) полностью)проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес проживания: индекс, город, улица, дом)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить на обучение по дополнительной общеразвивающей программе «Малышкина школа» моего ребенка:

 (название дополнительной программы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, год рождения)

Прилагаемые к заявлению документы (нужное отметить):

- копия паспорта заявителя или иного документа, удостоверяющего личность заявителя;

- копия свидетельства о рождении ребенка в возрасте до 14 лет;

Даю свое согласие на обработку представленных данных, в том числе защищенных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

 В случае отзыва согласия на обработку персональных данных Учреждение вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта, но при наличии оснований, указанных в пунктах 2–11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Уведомлен (а) о необходимости представления сведений о здоровье ребенка
 об ответственности за предоставление недостоверных сведений. В случае сокрытия информации о реальном состоянии здоровья ребенка (о заболеваниях, являющихся противопоказаниями для пребывания в ОУ) возвращение и сопровождение ребенка к постоянному месту жительства осуществляется за счет средств родителей (законных представителей).

Даю информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи в случае наличия угрозы жизни и здоровью ребенка в неотложной
и экстренной формах, включая доставку ребенка в медицинское учреждение
и возвращение обратно в организацию отдыха детей и их оздоровления медицинскими работниками.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись)